

*Доморацкий В.А., Березовская Н.А.  
Белорусский государственный университет, г. Минск*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПНОЗА ПРИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ**

В 40-х годах XIX в., врач-хирург Д. Бред впервые использовал термин «гипноз» и доказал возможность вызывать гипнотическое состояние различными приемами и внушением. Бред использовал гипноз для лечения различных болезней и впервые применил его для анестезии при хирургических операциях. Шотландский хирург Дж. Исдейл, работавший в Индии в середине XIX в. (до открытия химической анестезии), задокументировал 345 проведенных им под гипнозом крупных операций, включая ампутации конечностей. Его пациенты имели меньше осложнений, характерных для операций того времени, проводимых другими врачами. У. Крогер (1951), применял директивный гипноз в родах, включая хирургические вмешательства сразу после рождения ребенка, а также при операциях на щитовидной железе.

Боль - субъективное переживание. Кроме основного биологического компонента переживание боли включает сенсорный, эмоциональный и когнитивный компоненты, которые поддаются

гипнотическому изменению. *Сенсорный* - относится к интенсивности переживания боли. *Эмоциональный* (аффективный) компонент касается неприятности боли, т.е. уровня субъективного страдания человека, которым можно мысленно управлять. Терпимость каждого человека к боли различна и может меняться в зависимости от его эмоционального состояния, поскольку изменяется субъективное восприятие боли. Важная составляющая переживания боли - ожидание ее возникновения. Поэтому при терапии боли возникает значительный плацебо-эффект, который повышает порог болевой чувствительности. Один из аспектов *когнитивного компонента боли* - катастрофизация. Ее снижение - важный элемент ослабления боли. Другой аспект - смысл боли, ее значение для пациента. Так, подросток со спортивной травмой, которая означает для него, что он должен вместо тренировок просидеть дома пока травма не заживёт, может быть сильно мотивирован, чтобы уменьшить боль. Особенно если он верит в то, что гипнотерапия будет способствовать быстрейшему заживлению и прекращению боли.

Степень, до которой человек может терпеть боль, кроме реальных показателей *интенсивности* и *продолжительности*, зависит также от *локализации боли* и *субъективной оценки размеров* её охвата. Чем ближе локализована боль к центру тела или чем больше площадь, которую она охватывает, тем менее терпимой она становится. Эксперименты с идеомоторными сигналами, которые вызываются глубинной частью личности, способной в соответствии с внушением воспринимать ощущения и сохраняющей неосознаваемую связь с терапевтом, показали, что в гипнозе субъект продолжает ощущать боль, но на том уровне сознания, который отделен от основной, заблокированной в трансе сферы осознания.

Сознание человека как бы имеет «два этажа»: 1. *Критическое сознание* - занимается реальностью, безостановочно исследует окружающий мир, чтобы убедиться, что мы находимся в безопасности. Оно же постоянно занимается нашим внутренним миром: телесными ощущениями, фиксирует все возникающие в теле проблемы. Опирается на *внимание*, функция которого - исследование. 2. *Виртуальное сознание (воображение)* - эта форма сознания гораздо шире, чем критическое сознание. Наше сознание постоянно обращено то к реальности, то к воображению. В повседневной жизни мы постоянно переходим от критического сознания к спонтанной форме транса, связанной с работой воображения (о чем-то вспоминаем, мечтаем и т.п.)

Критическое сознание преобладает в новых ситуациях, которые надо оценить с точки зрения возможной угрозы. Вайзенхоффер называл

эту часть «внутренний наблюдатель». Гипноз отличается от сна тем, что в гипнозе всегда присутствует эта часть, которая позволяет поддерживать контакт с терапевтом.

Боль - сигнал опасности, который означает, что с телом что-то происходит. Проблема не сама боль - это боль сигнализирует о проблеме. Если этот сигнал исчезнет, то это не означает, что проблема решена. Поэтому вначале нужно разобраться, о чём сигнализирует боль, а потом проводить её терапию. С острой и хронической болью надо работать по разному, потому что при острой боли надо помочь пациенту измениться на несколько часов (здесь и сейчас), а при хронической - измениться на всю жизнь.

Острая боль требует привлечения сознательного внимания. Должно быть осознание боли. Если внимание направлено на что-то другое - это все равно, как боли нет. Поэтому основной принцип работы с острой болью - перенаправление сознания пациента на что-то другое, а базовая техника - *диссоциация между телом и духом*. Нужно помочь критическому сознанию отделиться от боли, за счет активизации в гипнотическом трансе виртуального сознания.

Итак, для обеспечения хорошей диссоциации нужно помочь сознанию отделиться от боли. Это позволяет оперировать по несколько часов или делать короткие, но очень болезненные операции. Пациента спрашивают, куда бы тот хотел отправить своё сознание: в море, где он плавает с аквалангом; в горы; на лыжную прогулку в лесу и т.п. Предварительно выясняют наиболее приятные и важные детали воспоминания, в которое затем погружают пациента во время хирургической манипуляции. В последнее десятилетие во Франции, такого рода гипноз используют специально обученные анестезиологи. Вначале они разъясняют, что если будет больно, то есть все необходимые лекарства для анестезии. Используют техники, которые позволяют постоянно поддерживать контакт с пациентом: «И если что-то будет беспокоить, просто сильно сожмите веки или наморщите лоб...». Через сутки после операции под гипнозом 98% пациентов говорят, что во время операции ничего неприятного не чувствовали. Потом у них меньший риск хронических болей и других послеоперационных осложнений.

При острой боли также используют *структурированные метафорические образы*. Например: «Представьте, что в задней части вашего мозга находится огромная диспетчерская, как на электростанции. Там расположено множество панелей с датчиками, тумблерами, выключателями, рубильниками и кнопками. Дайте знать, когда отчетливо представите себе образ диспетчерской. Хорошо!

А теперь я предлагаю вам найти конкретный рубильник или тумблер, который отвечает за интенсивность болевых ощущений. Дайте мне знать, когда увидите его. Теперь переключите его в сторону понижения боли, просто отключите часть боли. А когда боль уменьшится, вы можете попробовать выключить ее целиком...».

*Обезболивание с помощью тепла.* После индукции транса предлагают представить, что руки погружены в чашу с теплой водой. «Держите их там, пока они не разогреются, не станут достаточно горячими. Когда они действительно нагреются, положите их по обе стороны шеи, а потом продвигайте вверх, пока они не обхватят голову, там, где боль сильнее всего. Почувствуйте, теперь, что тепло ваших рук проникает в голову, распространяется в ней, постепенно успокаивая боль, согревая и успокаивая, согревая больше и успокаивая».

*Внушение потери чувствительности.* Погружают в транс и вызывают левитацию / каталепсию. «Теперь представьте, какие ощущения у вас возникнут, если я сделаю уколы, блокирующие чувствительность (несколько раз прикасаются острием карандаша вокруг запястья), <...> и с каждой инъекцией вы будете терять чувствительность в кисти. Вы почувствуете, как она охлаждается, становится все холоднее и холоднее, а потом немеет все больше. Скоро вы вообще не сможете ощущать ее, потому что она теряет всякую чувствительность. Теперь я помогу вам положить эту руку на больное колено. И пусть ощущение холода и онемения в руке постепенно распространится на ваше колено, чтобы оно стало холодным и онемевшим. Когда колено станет холодным и нечувствительным, вы обнаружите, что боль уходит, вы перестаете ее ощущать».

Технику *защитный укол* используют на приеме у стоматолога. Клиенту предлагают вообразить, как в плечо делают защитный укол, представить цвет анестезирующего продукта и то, как он распространяется в разные стороны, вызывая холод и онемение. После виртуального укола предлагают почувствовать «заморозку» в левой руке, потом легкость, а затем перенести холод на ту часть рта, где будут проводиться манипуляции. Для этого рука левитирует, поднимаясь ко рту, и прикасается в нужном месте. Когда пациент почувствует, что защищен от дискомфорта, он сигнализирует об этом, а потом позволяет рту открыться. Если начинается кровотечение, пациенту можно предложить закрыть кран, который регулирует кровоток в этой области.

*Отвлечение внимания (по сути, диссоциация от боли).* Это один из самых мощных инструментов для снижения боли. Почти каждый человек испытывал его на себе. Люди не замечают головную боль,

когда их внимание поглощено интересным фильмом. Надо найти интересную тему и развивать концентрацию внимания на ней до тех пор, пока сознание не сузится настолько, что боль окажется вне сознательного восприятия и тогда боль перестает осознаваться. После этого дают установку, что при достаточной концентрации внимания на сюжете фильма или интересной книге, боль будет уходить. Детям дают смотреть мультики во время болевого приступа. Болевые ощущения фиксирует левое полушарие. Активируя правое (просмотр фильма или картинок), тормозим работу левого и тем самым уменьшаем ощущение боли.

При *локализованной острой боли* можно использовать образы, нацеленные на пораженную область и изолирующие ее. Например, предлагают вообразить круглый шар, размером с ладонь. Может быть, он похож на мыльный пузырь. И шар плывёт по воздуху, приближаясь к тому месту, где пациент чувствует боль. И он покрывает кожу в том месте, где болит. Потом он медленно проникает сквозь кожу и мышцы, чтобы полностью окружить и окутать боль. И вот она поймана в ловушку и можно посмотреть на нее. Возможно, она кружится внутри пузыря, словно жидкие чернила. И пузырь, вобрав в себя боль, начинает медленно перемещаться и выходить наружу. И вот уже он плывёт перед вами со всем своим содержимым и можно наблюдать как его, уносит ветерок, а вы чувствуете успокоение.

При работе с пациентом с острой болью важно спроецировать его в будущее. Предвосхищение будущего (собственного выздоровления) помогает при оперативных вмешательствах, а также при родах. В последнем случае важно, чтобы женщина представила себя в недалёком будущем вместе со своим ребёнком, потому что роды прошли нормально, и у нее родился здоровый ребенок. Если предстоит хирургическая операция, пациента отправляют в будущее, когда успешная операция позади и он уже вернулся домой. Это снимает страх умереть во время операции.

Пациенты с хронической болью (свыше 6 месяцев) диссоциированы во времени. Одна часть сознания пациента как бы существует «здесь и теперь», а другая часть заблокирована в моменте, когда боль начала изменять его мир. При хронической боли нужно работать с поражением тела; отношением к боли (страхом); сознанием и его застрявшей в прошлом, фиксированной частью; временной диссоциацией. При острой боли надо помочь обрести стабильность, а при хронической пациент стабилен все время болит и это изматывает. Их сознание сконцентрировано на боли и всё меньше занимается

При хронической боли используют *технику «опредмечивания» боли*. Трансформация ощущений в объект, предмет. Это техника создания виртуальной реальности. Она весьма эффективна при боли и эмоциональных нарушениях. Потому что у страха, гнева всегда есть телесная размерность. Про боль говорят: «У меня плечо огнем горит» или «Как будто гвоздь вбит в коленку». У нас есть естественная тенденция описывать боль в виде образов. Виртуальное решение - взять плоскогубцы и извлечь гвоздь из коленки или затушить огонь в плече водой или пеной из огнетушителя. Итак, при опредмечивании (объективизации) боли мы определяем локализацию ощущения, его границы (четкие, размытые) и форму, размеры, глубину, толщину, содержимое и его консистенцию, вес, поверхность (гладкая или шероховатая), температуру, что-то, что фиксирует воображаемый предмет с одной стороны или двух сторон, цвет (матовый или блестящий), звуки или вибрация. Цель техники не столько сразу устранить боль, сколько запустить процесс изменений. Сначала конструируем предмет в разговорном гипнозе (активизируем виртуальное сознание). Затем формируем транс - делаем каталепсию (левитацию), которая увеличивает телесную диссоциацию, запускающую процесс изменений. Пациенту предлагают найти способ освободиться от нежелательного предмета в виртуальном пространстве, а в заключении дают постгипнотические внушения на дальнейшие позитивные изменения.

Частью хронической боли является страх (боль и страх тесно переплетены). Страх можно отделить от боли и придать ему реальные очертания, проецируя этот образ вовне (т.е. диссоциируясь от него). *Страх* тоже может быть превращён в объект (пламя, чудовище), во что-то, что имеет форму, что можно понять, увидеть, потрогать. Если страх трансформирован в объект, то он имеет размеры и цвет, а значит с ним можно что-то сделать (перекрасить, уменьшить). Если это огонь, можно дать ему другую пищу (например, дрова вместо газа). Таким образом, пациенты, наблюдая со стороны за образом, отождествляющим страх, изменяют его, при этом одновременно ослабляя страх.

При хронической боли используют *технику волшебного вопроса*: «Если бы случилось чудо, утром проснулись, а проблемы больше нет. Пришла фея и сотворила волшебство. Как вы об этом узнаете? А как другие люди, включая близких, узнают, что проблемы больше нет? А что вы будете делать с этим новым состоянием на протяжении всего дня, когда проблема решена?» Потом возвращаем пациента назад в прошлое, а, фактически, в настоящее: «И перед тем, как это случилось, и вы проснулись утром без проблемы, вы спали ночью и вам снились

сны; а перед этим вы легли в кровать после ужина, а до этого вы вернулись домой и вы добирались домой на транспорте, когда вышли отсюда, а до этого одевались, сидели в этой комнате на этом стуле. ».

Также используют *технику левитации руки*. Вначале можно спросить пациента, что означает для него легкость, какие у него есть идеи лёгкости, например, облака, плывущие по небу, весенний ветерок, невесомость в космосе. Потом метафоры пациента используют в работе. Спрашиваем: «Какая из двух рук чувствует себя легче?». Предлагаем сосредоточиться на более легкой руке и той ее части, которая легче всего, пока легкость не создаст движение, активизировав суставы и мышцы руки. Когда возникает движение руки, внушаем чувство удивления и новизны, потому что именно эти размерности заблокированы у больных с хронической болью, и нужно их разблокировать, чтобы возникла терапевтическая динамика.

Во внутреннем мире пациента с хронической болью есть что-то, что остановилось много лет назад, что безуспешно пытались запустить многие, но ничего не вышло. И надо активизировать другой уровень ресурсов, который умеет приводить организм в движение, который умеет удивлять, в котором так много энергии для изменений. Человек с острой болью дестабилизирован и от нас требуется помочь ему обрести что-то стабильное и устойчивое, упорядочить и обезопасить его. Катаlepsия - отличный инструмент, чтобы внушить эти идеи. При хронических процессах, напротив, есть стабильность годами, и нужно привести организм в движение - дать что-то новое, что изменило бы устоявшееся положение вещей и, в частности, хроническую боль. Левитация как раз и создает движение, удивление, дестабилизирующие обычные внутренние стратегии и она отлично подходит для решения хронических проблем (затяжная депрессия, тревога, хроническая боль). Нередко, опыт левитации с пациентом приводит к тому, что он потом говорит: «Невероятно, я не думал, что что-либо измениться, но произошли новые вещи».

*Техника России*. Предлагают пациенту поставить руки перед собой и разместить все жизненные трудности (боль, дискомфорт) в одной руке, а все бессознательные ресурсы - в другой. Затем поисследуйте то, что трудно, то что приносит дискомфорт (это они знают). Далее пациента надо сопровождать, пока не начнутся движения в руках. Иногда движения активные, иногда их почти нет. Это не важно, потому что так или иначе почти все пациенты сохраняют хорошую диссоциацию в теле. По мере того, как руки начинают сближаться, пациента надо сопровождать, поддерживая: «Очень хорошо. Да, это

очень интересно». Надо дать рукам сомкнуться, чтобы бессознательные ресурсы были использованы для решения проблемы боли».

*Подмена* - подменить боль на другие ощущения. Их нужно искать перед сном (если пациент засыпает с болью или боль приходит во сне). Надо представить, как что-то теплое перемещается по всему телу, окутывает его и тогда человек засыпает. Например: «Теплое масло растекается по ногам. Это похоже на капельки дождя, которые через открытую форточку капают по одной, скапливаясь в лужицу. Так и масло по капельке растекается по ногам, образуя лужицы, стекая вниз вместе с болью». Если боль в мелких суставах рук, рекомендуется вообразить, что руки в теплых перчатках, или вспомнить ощущения, когда они погружены в теплую воду. Дают постгипнотические внушения: «И эти приятные ощущения заменят те другие ощущения, когда Вы вернетесь обратно в реальность сегодняшнего дня».

Таким образом, на сегодняшний день разработано множество стратегий работы с болью в гипнотическом трансе. Даже специалисты, которые отрицательно относятся к гипнозу, неохотно признают, что гипнотические техники являются безопасной и достаточно эффективной альтернативой традиционным методам анестезии и анальгезии в медицинской практике.